Aus dem gerichtsärztlichen Institut Breslau
Direktor: Professor Dr. Reuter.

Ueber plötzliche Todesfälle in den ersten Lebenstagen und ihre gerichtsmedizinische Bedeutung.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung
der Doktorwürde in der Medizin und Chirurgie
der hohen Medizinischen Fakultät
der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Breslau.

Vorgelegt von
Carl-Heinz Wandrey, Marineunterarzt.
Wilhelmshaven.

1932

Gedruckt mit Genehmigung
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Breslau.
Berichterstatter: Professor Dr. Reuter.

Die gerichtsmedizinische Beurteilung von Sterbefällen der ersten Lebenswoche stellt den Gerichtsarzt, neben den bei Sektionen von Leichen Erwachsener bestehenden Vorschriften, noch vor eine ganze Reihe neuer Gesichtspunkte. Das Gericht verfolgt Todesfälle, die den Verdacht erwecken, daß der Exitus nicht auf natürlichem Wege eingetreten ist. Das heißt auf die Periode der Neugeborenheit angewandt, Kindsmord, Kindstötung, sowie Kunstfehler und Fahrlässigkeit, die den Tod eines Kindes nach sich ziehen, sind strafbar.

Dadurch, daß nun im Verlauf der ersten Lebenswoche ganz andere Vorgänge als im späteren Leben den Tod herbeiführen, wird der Gerichtsarzt vor ganz neue Aufgaben gestellt. Bei den gerichtlichen Sektionen Erwachsener wird es in einer viel größeren Anzahl von Fällen im Voraus klar sein, ob ein gewaltsamer Tod vorliegt oder nicht. Einmal werden Gewalteinwirkungen, da ja beim kleinen Kinde ein viel geringeres Maß genügt um den Tod herbeizuführen, auch weniger deutliche Spuren als beim Erwachsenen hinterlassen. Zweitens wird bei allmählich eintretendem Tod die Aufmerksamkeit der Umgebung längst nicht in dem Maße erweckt, da dem Kinde nur das Schreien als Schmerzäußerung zur Verfügung steht, und dies nur in geringem Maße als Zeichen einer Gewalteinwirkung angesehen werden kann. Drittens tritt noch die große Anzahl solcher Fälle hinzu, bei denen zu entscheiden ist, ob das Kind überhaupt lebend zur Welt gekommen ist, oder ob es sofort nach der Geburt getötet wurde. Es ist also einleuchtend, daß neben forensischen Fällen auch eine große Anzahl nicht krimineller zur Sektion kommen. Je zahlreicher die Sterblichkeit in den ersten Tagen ist, um so größer wird folglich die Zahl der vom sachverständigen Arzt zu sezierenden Fälle sein.

Die Sterblichkeit der ersten Lebenswoche steht heute mit nahezu 40% an erster Stelle der gesamten Sterbefälle im Säuglingsalter. Hier wieder ist sie am ersten Tage am größten, sie sinkt am zweiten Tage auf die Hälfte, am dritten Tage auf ein Drittel des ersten Tages, am vierten Tage auf ein Sechstel und ist vom fünften Tage an fast nicht mehr unterschiedlich zu den folgenden. Nach einer Statistik des Preußischen statistischen Landesamtes hat die Sterblichkeit in den drei ersten Lebenstagen zugenommen, während die Mortalität des 4. bis 10. Tages keine Steigerung erfahren hat.

Welche Momente bedingen nun die erhöhte Sterblichkeit der ersten Lebenstage?

Der Geburtsvorgang übt auf den Organismus ein sehr starkes Trauma aus; werden die Verletzungen zu groß oder treffen sie lebenswichtige Zentren, so werden keine großen Aussichten auf Erhaltung des Lebens bestehen. Weiter muß man berücksichtigen, daß auch die weniger widerstandsfähigen Frühgeburten mit einbezogen sind. Ein nicht geringer Teil stirbt an einer im fötalen Leben stattgefundenen Infektion. Bestehen Mißbildungen, die sich mit dem Leben nicht vereinbaren lassen, so werden diese bereits frühzeitig zum Tode führen.

Neben den eben erwähnten Sterbefällen können auch noch andere Geburtsschädigungen wie Asphyxie und Aspiration, sowie Pneumonie und einige seltenere Krankheiten der Neugeborenenperiode den Tod herbeiführen.

Da der Gerichtsarzt alle diese natürlichen Todesursachen bei der Beurteilung von Kindsleichen ausschließen muß, ist deren Kenntnis für ihn unbedingt notwendig, zumal ja ein stattgehabtes Geburtstrauma auch Verletzungen jeder anderen Art vortäuschen kann.

Gleichzeitig mit der Feststellung der Todesursache muß der Gerichtsarzt nach den bestehenden Sektionsvorschriften beurteilen, ob das zur Autopsie vorliegende Kind neugeboren, reif und lebensfähig war. Von der Beantwortung dieser Frage hängt es ab, ob das Gericht mildernde Umstände zubilligen kann.

Für den sachverständigen Arzt sind natürliche und kriminelle Todesfälle eng miteinander verknüpft; auf seine Entscheidung stützt sich die weitere gerichtliche Verfolgung jedes einzelnen Falles. Für ihn ist die Beantwortung der Frage forensisch oder nicht forensisch von größter Wichtigkeit.

Liegt ein Fall zur Sektion vor, so werden zunächst einmal alle natürlichen Todesursachen auszuschließen sein. Es ist daher notwendig, daß der Obduzent weiß mit welchen Todesmöglichkeiten er in den ersten Lebenstagen zu rechnen hat.

Es dominiert die Geburtsschädigung als Todesursache. Bei Frühgeburten tritt zu diesen noch die Lebensschwäche. Weiter sind Mißbildungen zu berücksichtigen. Dann folgen Pneumonie und Erkrankungen der Nabelwunde. Von selteneren Leiden sollen die Melaena und der Thymustod erwähnt werden.

Die Ursache für die Geburtsschädigungen liegt entweder bei ausgetragenem, reifen Kind darin, daß mütterliche Anomalien, oder Komplikationen von seiten des Kindes zur erschwerten und damit gefahrvollen Geburt führen; oder zweitens darin, daß das Kind infolge ungenügender Entwicklung den an sich normalen Geburtsvorgang nicht aushält.

Die verhängnisvollsten Folgen für das Leben haben die Blutungen innerhalb der Schädelhöhle und des Wirbelkanals.

Bei Frühgeburten besteht eine große Häufigkeit der interkraniellen Blutungen, unabhängig von Art und Schwere der Geburt. Eine große Bedeutung für die geburtstraumatischen Blutungen muß man der Minderdruckwirkung zuschreiben. Nachdem die Fruchtblase gesprungen ist, besteht zwischen dem Uterus und seinem Inhalt, der fest gegen den natürlichen Ausgang gepreßt wird, und der Atmosphäre eine erhebliche Druckdifferenz. Die Atmosphäre hat einen weit niedrigeren Druck und übt eine Saugwirkung auf den vorliegenden Teil der Frucht aus. Ist dies nun der Kopf, so können neben der Kopfgeschwulst, das Cephalhaematom, piale Blutungen in der Hirnsubstanz auftreten. Je unreifer die Frucht, um so weniger widerstandsfähig sind ihre Blutgefäße.

Bei den reifen Kindern führt der normale Geburtsdruck nicht mit Notwendigkeit zu interkraniellen Blutungen. Hier kommen andere Faktoren hinzu, wie plötzliche Druckschwankungen, andauernder Druck mit anschließender, länger wirkender Stauung, denen auch widerstandsfähige Gefäße nicht gewachsen sind.

Außerdem tritt noch häufig ein direktes Mißverhältnis zwischen mütterlichem Becken und dem Kopf des Kindes hinzu, was leicht zu einer umfangreichen Deformation des Schädels mit daraus resultierenden Zerreißungen im Innern des Kopfes führt. Hierbei wird um eine genaue Klärung zu schaffen, zuweilen auch eine gründliche Untersuchung des mütterlichen Beckens an die Sektion sich anschließen müssen.

Viele, schwer gehirngeschädigte Kinder können aber die Geburt überstehen und einige Zeit überleben. Es kommt nicht auf die Größe der Blutungen, sondern auf deren Lokalisation an.

Besteht noch ein Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken, so folgen daraus weitere Veränderungen am Schädelknochen, wozu als letztes Hilfsmittel noch eine Anpassung an die verlangte Form durch Verbiegung der Knochen kommt. Es ist ganz erklärlich, daß auch der Schädelinhalt, in der Hauptsache das Gehirn, an diesen weitgehenden Verformungen teilnehmen muß. Wird die Elastizitätsgrenze des Knochen überschritten, so sind Fissuren und Frakturen die Folge.

Vor allem sind es Zerreißungen der großen Hirnsinus, welche bei stattgehabten Geburtsverletzungen als unmittelbare Todesursache anzuschuldigen sind. Namentlich Gewalteinwirkungen auf den Schädel, wie sie bei operativen Entbindungen vorkommen können, führen zu solchen Zerreißungen der Hirnsinus, während die langsame, aber lang anhaltende, mit starker Minderdruckwirkung einhergehende Verformung häufiger Blutungen im Bereich des Hirns und der Plexus und Ventrikelblutungen herbeiführt, die dann als Todesursache anzusehen sind. (v. Reuß, Küstner.)

Alle diese Kreislaufstörungen, Blutungen, Blutstockung und Thrombose gehen im Gehirn mit kennzeichnenden Veränderungen einher: man findet herdförmige und diffuse Erweichungsprozesse. Gelangen die Kinder 24 — 48 Stunden nach der Geburt, also nach der Schädigung zur Sektion, so sind die Veränderungen gewöhnlich schon mit freiem Auge nachzuweisen. In der weißen, auffallend durchscheinenden Substanz liegen graugelbe Herdchen. Bei Kindern, die mehrere Tage am Leben bleiben, werden die Herde immer dichter und weißer. Die Herde erscheinen immer mehr und mehr hart. Ihre mikroskopische Beschaffenheit ist kennzeichnend. In den ersten Tagen nach der Geburt herrschen nekrotische Prozesse und Zerfallerscheinungen vor. Sechs bis zehn Tage nach der Schädigung sieht man das Auftreten von Organisationsgewebe. Die Zerstörung wird umgrenzt und organisiert. (v. Reuß.)

Neben dem Kopf und seinem Inhalt können auch die anderen Körperhöhlen von einem Geburtstrauma betroffen werden. Da aber die Entwicklung des Rumpfes selten besondere Schwierigkeiten macht, kommt es nur selten zu Verletzungen der inneren Organe, die überdies durch ihre Lage in der Brust und Bauchhöhle vor stärkeren Gewalteinwirkungen geschützt sind. Die meisten Blutungen, welche bei Neugeborenen vorkommen, sind Stauungsblutungen. Sie können allenfalls bei schwierigem Geburtsverlauf durch wenig schonendes Hantieren mit dem Kinde oder durch Wiederbelebungsversuche verstärkt werden. Lungenverletzungen findet man nur nach den an sich sehr seltenen Rippenfrakturen und nur ganz ausnahmsweis bei Schlüsselbeinfrakturen. Leberrupturen können zustande kommen, wenn während der Extraktion am Beckenende ein stärkerer Druck auf den Leib ausgeübt wird. Dasselbe gilt für die Rupturen der Milz und Nieren. Verletzungen der inneren Organe können aber auch schon vor der Geburt entstanden sein durch Traumen, welche die Mutter betroffen haben.

Neben diesen Geburtsverletzungen können durch die Geburt noch andere Schädigungen entstehen, die den Tod des Kindes herbeiführen. Es sind dies die Störungen im Bereich des Respirationstraktes, die Asphyxie und die Aspiration.

Stellt sich unmittelbar nach der Geburt die Atmung nicht oder nur sehr unvollkommen ein, obwohl das Kind lebt, so bezeichnet man diesen Zustand als Scheintod oder Asphyxie. Man pflegt zwischen einer intrauterinen, angeborenen und einer post partum erworbenen Asphyxie zu unterscheiden. Als erworbene Asphyxie bezeichnet man jene Zustände, welche nicht auf eine Störung der Plazentaratmung beruhen, sondern erst nach der Geburt in Erscheinung treten, wenn die Lungenatmung aus irgend einem Grunde behindert ist.

Wenn man von Asphyxie schlechtweg spricht, so versteht man darunter die angeborene Form. Sie beruht auf einer ungenügenden Zufuhr von Sauerstoff während der Geburt. Die Behinderung der Sauerstoffzufuhr kann auf zweierlei Momente zurückgeführt werden: auf eine Verlegung der Luftwege durch aspirierte Massen, oder auf eine Herabsetzung der Erregbarkeit des Atemzentrums infolge von Ueberladung des Blutes mit Kohlensäure.

Die mit Erlöschen des Plazentarkreislaufs eintretende Sauerstoffverarmung und Kohlensäurevermehrung des Blutes führt zu einer Reizung des Atemzentrums, welche post partum reflektorisch den ersten Atemzug auslöst. Unter normalen Verhältnissen besteht im Blut der Frucht bis zum Moment der Geburt, oder über ihn hinaus ein gewisser Grad von Sauerstoffüberschuß. Ist nun der Sauerstoffgehalt des Blutes geringer, so wird das Atemzentrum bereits vor der Geburt gereizt. Die Ursachen des Sauerstoffmangels sind verschiedener Art. Aetiologisch am klarsten ist der Eintritt der Erstickungsgefahr, wenn die Zuleitung des sauerstoffreichen Blutes zum Kind infolge eines die Nabelschnur treffenden Hindernisses gestört ist.

Nabelschnurumschlingungen bei abnormer Länge, Zerreißungen bei abnormer Kürze der Schnur, Zerrungen derselben, sowie insbesondere bei Nabelschnurvorfall, marginaler Insertion, Beckenendlage eintretende Kompression der Schnur sind relativ häufige Ursachen des Erstickungstodes während der Geburt, oder einer schweren Asphyxie nach derselben. Der plazentare Gasaustausch kann auch bei vorzeitiger Plazentalösung und bei Plazenta praevia eine Unterbrechung und Behinderung erfahren.

Neben der Behinderung des Gasaustausches zwischen Mutter und Kind kann auch eine bedeutende Verringerung des Sauerstoffgehaltes im mütterlichen Blut oder ein hoher Blutverlust der Mutter zur Asphyxie des Kindes führen.

Erstickungstod und Apshyxie können lediglich in Folge einer Beeinträchtigung der intrauterinen Plazentaratmung zustande kommen. In der Mehrzahl der Fälle tritt jedoch noch eine weitere Erscheinung hinzu, die teils als Ursache der fehlenden Atmung am eben geborenen Kind von Bedeutung ist, teils als Folge der Sauerstoffverarmung im Uterus auftritt, die Aspiration von Fruchtwasser in Folge vorzeitiger Atembewegungen.

Die Leichenbefunde der im asphyktischen Anfall gestorbenen Kinder entsprechen den Erscheinungen des Erstickungstodes. Daneben findet man die Zeichen vorzeitiger Atmung: kongestive Hyperaemie der Lungen, Ekchymosen unter den Pleuren und im Perikard. Die Luftwege sind mit Schleim, Fruchtwasser

und Mekonium gefüllt, oft kann man diese Massen makroskopisch bis in die feineren Bronchien und mikroskopisch bis in die Alveolen hinein verfolgen. Bei Kindern, welche asphyktisch geboren sind, aber gelebt haben, findet man neben mehr oder weniger verbreiteten Atelektasen auch lufthaltige Partien, im Magen nicht selten Fruchtwasser und Mekonium. (v. Reuß.) Bei der Aspiration kann auch infektiöses Material in die Lungen kommen und Ursache einer Pneumonie werden. Es wird sich daher stets empfehlen, neben der gewöhnlichen mikroskopischen Untersuchung auch eine solche auf pathogene Keime zu machen.

Bei der Beurteilung von Leichen Neugeborener nehmen die Frühgeburten eine besondere Stellung ein. Es wird sich bei ihnen hauptsächlich darum handeln, ob sie trotz der Unreife lebensfähig waren.

Da eine Frucht, die nach einem 26 wöchigen Fötalleben geboren wird, noch nicht lebensfähig ist, braucht die Sektion nur auf ausdrückliches Verlangen des Richters stattzufinden. Die Länge solcher Früchte beträgt 32 cm.

Als wichtigstes Zeichen für die Reife einer angeblichen Frühgeburt ist die Länge des Kindes anzusehen. Sie beträgt bei ausgetragenen Kindern bei Knaben 50,5 cm und bei Mädchen 50 cm. Bei einer Länge von 48 cm und darunter muß man Unreife annehmen. Die Größe des Gewichts bietet nicht die gleichen festen Anhaltspunkte für die Beurteilung der Reife. Im Durchschnitt wiegt ein reifes Neugeborenes 3500 g. Neben der Länge ist die Anwesenheit eines Knochenkerns von 4—6 mm Durchmesser in der unteren Epiphyse des Oberschenkels das bedeutsamste Zeichen der Reife. Das Verhalten des Knochenkerns hat als Zeichen des Fruchtalters noch den besonderen Wert, daß dieser durch Verwesung nicht verwischt wird.

Die übrigen Zeichen der Reife sind nicht zuverlässig. Der Umfang des Kopfes soll 33—34 cm betragen. Die große Fontanelle soll etwa 3—4 cm in der Länge und 2—3 cm in der Breite messen. Die Schädelknochen sollen nicht mehr wesentlich gegeneinander verschieblich sein. Die Fettarmut unreifer Früchte fällt meist schon bei der äußeren Betrachtung auf. Bei den, bei Frühgeburten häufigen, Störungen der Atmung tritt leicht cyanotische Verfärbung der Haut ein. Die Lanugobehaarung ist meist noch sehr reichlich vorhanden. Die Nägel der Finger und Zehen sind in vielen Fällen mangelhaft entwickelt und erreichen nicht die Kuppe. Bei unreifen Mädchen decken die großen Labien die kleinen nicht, bei unreifen Knaben liegen die Hoden noch höher als bei den reifen.

Ein außerordentlich großer Teil der Frühgeburten stirbt bald nach der Geburt oder in den ersten Lebenstagen. Je unreifer eine Frucht bei der Geburt ist, desto geringer sind im allgemeinen die Aussichten auf Erhaltung des Lebens.

Die Geburtsschädigungen bei Frühgeburten sind weiter oben im Zusammenhang mit den Geburtsschädigungen überhaupt, bereits besprochen worden.

Die wichtigste Folge der mangelhaften Entwicklung der Zentralorgane ist die unvollkommene Funktion des Atemzentrums, während das Herz des frühgeborenen Kindes im allgemeinen gut funktioniert und primär keine Gefährdung des Lebens herbeiführt, sind Störungen der Respiration vielleicht die häufigste Ursache des Todes unreifer Kinder. (Pfaundler.)

Die Atmung frühgeborener Kinder erfolgt meist ganz oberflächlich und sehr unregelmäßig. Die Folge sind Anfälle von sogenannter erworbener Asphyxie. Sie sind bei frühgeborenen Kindern, besonders während der ersten Lebenswoche nichts seltenes. Der pathologisch-anatomische Befund ist häufig bis auf eine mehr oder wenige ausgebreitete Lungenatelektase völlig negativ.

Neben diesen Störungen an sich gesunder Frühgeburten sind solche bei infiziert zur Welt gekommener Kinder zu berücksichtigen. In der weitaus größten Anzahl solcher Fälle handelt es sich dann um syphilitische Frühgeburten.

Je früher die Infektion der Frucht im Mutterleib erfolgt ist, um so ungünstiger werden die Aussichten auf Erhaltung des Lebens sein. Die luetische Infektion, die zur Frühgeburt führt, muß von der Syphilis des Säuglings, deren erste Symptome im extrauterinen Leben auftreten, streng getrennt werden.

Bei fötaler Syphilis finden sich meistens ausgedehnte diffuse oder mehr zirkumskripte, gummöse, interstitielle Herde in den inneren Organen, besonders Leber, Milz, im Pankreas und der Thymus. Ein großer Teil der frühzeitig intrauterin infizierten Föten sterben sehr bald ab und werden ausgestoßen. Kommt es nicht zum Absterben der Frucht, so wird diese meist vor Schluß der Schwangerschaft im 7. Monat geboren. Es handelt sich meist um Früchte, die schon mit Sekundärinfektionen zur Welt kommen und an der Mischinfektion zu Grunde gehen, oder an den schweren Erkrankungen der inneren Organe, oder schließlich an der allgemeinen Schwäche ad exitum kommen. (Riecke.)

Die Diagnose der intrauterin erworbenen Lues gründet sich auf folgende anatomischen Zeichen. Im Lungenparenchym kommt es zu gummösen Infiltrationen interstitiellen Pneumonien mit eitrig desquamativer Entzündung in den Alveolen und Bronchien, dem Bild der sogenannten Pneumonia alba. Die Leber findet man im Sinne der Feuersteinleber verändert. Es treten diffuse interstitielle Wucherungen auf, wodurch die Leber vergrößert, verhärtet und eigenartig gelbbraun gefärbt wird. Meist finden sich daneben miliare Gummata, kleine entzündliche Herde aus Rundzellen und Leukozyten. Spirochäten sind massenhaft nachweisbar, oft in ganzen Nestern mit Zerfallserschei-

nungen. Die kongenitale Syphilis der Knochen hat als Hauptmerkmal eine Erkrankung der enchondralen Ossifikationslinien. Bei dieser Osteochondritis syphilitika kommt es leicht zu Epiphysenlösungen. Man erkennt zwischen Epiphysenknorpel und Knochen eine gelbe Zone. (Wegner, Aschoff, Schmauß-Herxheimer, Yllpö.)

Die Beurteilung der Lebensfähigkeit gewinnt aber nicht bloß allein bei der Begutachtung von Frühgeburten an Wichtigkeit. In hohem Maße muß diese Frage den Gerichtsarzt auch bei der Untersuchung von Kindesleichen hinsichtlich angeborener Mißbildungen beschäftigen.

Unter den damit behafteten Kindern, die für das Leben außerhalb des Uterus nur geringe Aussichten haben, stehen an erster Stelle solche mit Entwicklungsstörungen des Zentralnervensystems.

Als Anencephalie bezeichnet man den angeborenen Defekt der Großhirnhemisphären. Dieselben fehlen entweder gänzlich, oder sind durch vaskulöse Massen ersetzt. Beim Anencephalus fehlt in der Regel das Schädeldach. Der kleine Hirnschädel scheint von einer rötlichen, schwammigen Masse eingenommen. Unter einer hautähnlichen Decke findet sich gefäßreiches Bindegewebe. Ein Anencephale kann mehrere Tage am Leben bleiben.

Ein solcher Fall von Anencephalie kam in dem gerichtsärztlichen Institut der Universität Breslau zur Beobachtung. (15. VI. 1928. Nr. 149 der Sektionsprotokolle.)

Das zur Sektion vorliegende Kind hat nur kurze Zeit nach der Geburt gelebt und ist angeblich ohne erkennbaren Grund verstorben.

Das Kind zeigte alle Zeichen der Reife. Der Körper war an einigen Stellen mit Vernix bedeckt. Die am Leib haftende Nabelschnur mißt 25 cm, ihr Ende zeigt eine glatte Schnittfläche. Irgendwelche Zeichen einer äußeren Verletzung lassen sich nicht erkennen.

An den Organen der Bauch und Brusthöhle finden sich keine Besonderheiten.

Das Schädeldach ist unverletzt. Bei Eröffnung der Schädelhöhle fließt aus der rechten Hälfte reichlich rötliche Flüssigkeit aus. Man sieht zwischen der weichen Hirnhaut und dem Gehirn gelbliche Massen. Es sieht so aus, als ob der rechte Schläfenlappen völlig fehlte. Statt dessen sieht man gleichförmig weiche Hirnmassen frei liegen. Die weiche Hirnhaut selbst ist zart, ihre Gefäße sind sehr stark gefüllt.

Das Sektionsergebnis lautet kurz: das Kind war neugeboren und reif, hat gelebt. Die Mißbildung des Hirns ist für das vorzeitige Absterben des Kindes verantwortlich zu machen.

Eine weitere, recht häufige Entwicklungshemmung des Zentralnervensystems ist eine Störung der Vereinigung des Medullarrohres, die Spina bifida. Die Prognose ist schlecht, nur die mit Haut bedeckten Zysten haben eine bessere Prognose. Die Kinder sterben meist in Folge einer Infektion der Geschwulst.

Im Bereich des Magendarmkanals führen Atresien und Stenosen des Oesophagus, des Duodenums, des Rektums und des Anus während der ersten Lebenswoche unter den Erscheinungen des Darmverschlusses zum Tode. Die Atresie der Speiseröhre ist meist noch mit Kommunikationen zwischen Oesophagus und Trachea kombiniert. Der Tod tritt meist schon am 3. bis 7. Tage an den Folgen der zunehmenden Inanition und Aspiration ein. Die Stenose des Duodenums hat ihren Sitz hauptsächlich in der Nähe der Papilla Vaterie. Wird das Kind länger am Leben erhalten, so entwickelt sich oberhalb der Stenose ein Blindsack, der bei der Sektion einen Sanduhrmagen vortäuschen kann. Die Prognose ist absolut infaust. Unter zunehmender Inanition, die durch Aspirationspneumonie, Peritonitis und Darmruptur kompliziert sein kann, gehen die Kinder zu Grunde. (Langstein-Landė, Runge.)

Mißbildungen im Bereich der Respirationsorgane sind bis auf den Uebergang der Trachea in die Speiseröhre ohne Bedeutung.

Ein totaler Mangel beider Nieren oder des ganzen Harnapparates kommt fast nur bei schweren allgemeinen Mißbildungen vor. Wichtiger sind die Abflußhindernisse. Sie können auf einer blinden Endigung der Ureteren in der Blasenwand, auf einer Verlegung der Harnröhrenmündung in der Blase, oder auf einer Striktur der Harnröhre beruhen. Der Harn wird rückwärts gestaut, es kommt zur Erweiterung der Blase, der Ureteren und der Nierenbecken mit anschließender Hydronephrose. (Jores Noeggerath.)

Ein besonders merkwürdiger und seltener Fall von Mißbildung im Bereich des Uro-Genitalapparates konnte vor einiger Zeit im gerichtsärztlichen Institut Breslau beobachtet werden.

Nach Angabe der Hebamme handelt es sich um einen ausgetragenen, ohne Schwierigkeiten spontan geborenen Knaben, der 24 Stunden nach der Geburt ohne erkennbare Ursache plötzlich verstorben ist. Das Kind soll in dieser Zeit keinen Harn gelassen haben. (Nr. 183 d. Sektionsprotokolls 18. IV. 1931.)

Bei der äußeren Betrachtung fällt der ziemlich aufgetriebene Leib auf. Die Obduktion der Kopf- und Brusthöhle läßt keine Besonderheiten erkennen. Bei der Eröffnung der Bauchhöhle fällt zunächst die enorm gedehnte und gefüllte Blase auf. Nach Herausnahme des völlig normalen Magendarmkanals, treten die darmartig geblähten Ureteren zu Tage. Besonders der rechte hat sein Kaliber um ein Vielfaches vermehrt. Da auch die Länge der Ureteren beträchtlich vergrößert ist, haben sie sich stark geschlängelt.

Die Nieren weisen keine Vergrößerung auf, ihre Oberfläche ist von einigen Furchen durchzogen. Die Nierenbecken zeigen, wie die Ureteren, starke Erweiterung. Bei einem Schnitt durch das Nierengewebe erweist sich dieses makroskopisch als normal. Die mikroskopische Untersuchung ergibt das Bild der beginnenden Schrumpfniere.

Die Kapseln der Glomeruli sind zum Teil stark erweitert, in diesen pathologischen Zwischenräumen findet sich ein scheinbar zäher Schleim. Einzelne Glomeruli scheinen im Beginn der Schrumpfung zu sein, ihre Kernfärbung ist schlecht. Sämtliche Abschnitte der Harnkanälchen sind stark erweitert. Im ganzen Bild sieht man zahlreiche Blutungen in das Nierengewebe.

Die großen Gefäße der Nieren, Arteria und Vena renalis, zeigen keine Veränderung.

Bei Eröffnung der Blase fällt ihre schwartige Veränderung auf. Die Ureterenmündungen sind normal. Es lassen sich die Ureteren vollkommen frei sondieren. Da zunächst eine Sondierung der Harnröhre von der Blase aus nicht gelingt und die Gefahr der Perforation besteht, wird die Harnröhre vom Damm aus freigelegt. Auch sie zeigt starke Erweiterung. Am Penis fällt die übermäßig große Vorhaut auf. Beim Spalten derselben zeigt sich, daß sie der Glans ganz eng anliegt. Jetzt wird die Harnröhre an ihrer freigelegten Stelle eröffnet, und es gelingt ohne Mühe, sie nach beiden Seiten hin zu sondieren.

Sämtliche harnableitenden Wege zeigen also starke Erweiterung. Es ist trotz eingehender Untersuchung an keiner Stelle auch nur die geringste Striktur zu finden. Als einzigstes Hindernis kommt das die Gans penis einengende Präputium in Frage. Es handelt sich also hier um einen überaus seltenen Fall von angeborener Phimose.

Trotzdem nun eigentlich die gesamte Literatur auf dem Standpunkt steht, daß eine angeborene Phimose nicht vorkommt, sondern erst nach der Geburt durch ungeschicktes Manipulieren an der Vorhaut zu Stande kommt, kann es sich in diesem Falle bestimmt um nichts anderes handeln. Als Hindernis kann nur die Umschnürung durch die Vorhaut angesehen werden, andererseits ist es wohl unmöglich, daß, wenn die Verklebung der Vorhaut mit der Eichel erst während oder nach der Geburt erfolgt sein soll, Niere, Ureteren, Blase und Harnröhre innerhalb eines Tages derartige Veränderungen erfahren können.

Es scheint nicht wahrscheinlich, daß das Leben des Kindes bei sofortiger Spaltung der Phimose mit anschließendem Katheterismus hätte erhalten werden können, nachdem der gesamte Harnapparat derartig hochgradige Veränderungen erfahren hat.

Von den Mißbildungen des Herzens wären Defekte der Septen, Atresien und Stenosen der venösen Ostien sowie die sogenannte Ektopia cordis zu erwähnen. Bei der letzteren ist das meist mißbildete Herz entweder in das Abdomen oder vor die Brust- und Bauchhöhle verlagert, wobei es mit dem Pericard oder ohne dasselbe vorliegen kann.

Ein solcher Fall befindet sich als Sammlungspräparat im Gerichtsärztlichen Institut Breslau. Das Kind wurde einige Stunden nach der völlig normal verlaufenen Geburt sterbend eingeliefert. Die Atmung war bereits erloschen. Das Herz war ohne den Herzbeutel vor die Brustwand verlagert. Am Herzen konnte man noch eine Zeit lang unregelmäßige Kontraktionen des Muskels beobachten. Die Todesursache war eindeutig, so daß von einer Sektion abgesehen wurde, um diesen seltenen Fall unzerstört als Sammlungspräparat zu erhalten.

Es muß hier, im Zusammenhang mit den Mißbildungen, noch die, beim Neugeboren ziemlich häufige Art des plötzlichen Todes erwähnt werden, welche man als Mors thymica bezeichnet. Man versteht darunter nicht so sehr den unter zunehmenden Stenoseerscheinungen eintretenden Erstickungstod, als vielmehr den unerwarteten Tod, welcher beim Neugeborenen unmittelbar nach der Geburt oder kurze Zeit später eintritt. Erfolgt der Tod kurz nach der Geburt, so wird bei der Autopsie eine vergrößerte Thymus gefunden werden, die die Luftröhre und die großen Gefäße komprimiert hat. Tritt der Tod erst einige Stunden nach der Geburt ein, so muß eine plötzliche hyperämische Schwellung angenommen werden. (Aschoff, Peukert.)

Nachdem nun die verschiedenen Todesursachen auf Grund von Geburtsschädigungen, Lebensschwäche und Lebensunfähigkeit, bedingt durch Frühgeburt und Mißbildungen, besprochen worden sind, sollen noch die häufig den plötzlichen Tod bedingenden Krankheiten der ersten Lebenswoche behandelt werden. Es sind dies: die Affektionen der Respirationsorgane, die Melaena neonatorum, die Erkrankungen der Nabelwunde und die durch Syphilis bedingten Schädigungen.

Bei den Sterbefällen lebendgeborener Kinder, die keine Geburtsschädigungen erlitten haben, handelt es sich in der Mehrzahl der Fälle um Bronchopneumonien. Diese beruhen entweder auf Aspiration oder Inhalation infektiösen Materials, oder sind Teilerscheinungen einer allgemein septischen Erkrankung. Die Prognose, der in den ersten Lebenstagen auftretenden Pneumonien, ist eine absolut infauste. Noch ungünstiger sind hierbei Aussichten auf Erhaltung des Lebens bei Pneumonien der wenig widerstandsfähigen Frühgeburten.

Zwei Momente sind es, welche das Auftreten von entzündlichen Prozesson in der Lunge begünstigen: Atelektatische Lungenpartien sind ein besonders geeigneter Boden für pneu-

monische Herde; ein weiterer sehr wichtiger Faktor bei debilen oder benommenen Kindern ist die Aspiration von Flüssigkeit. Vielfach ist es aber nicht nur die per os gereichte Nahrung, sondern erbrochener Mageninhalt, welcher aspiriert wird.

Die pathologisch anatomischen Befunde entsprechen der „zelligen Pneumonie" mit ihren gleichmäßigen glatten Schnittflächen und der mikroskopisch erkennbaren starken Hyperämie und dem an roten Blutkörperchen und Epithelien reichen Inhalt der Alveolen, oder es handelt sich um eine aus zelligen und kruppösen Partien zusammenfließende Mischform. Von Bakterien finden sich hauptsächlich Stapphylokokken, Pneumokokken, Streptokokken und daneben gelegentlich Influenzabazillen. (Peiser, v. Reuß, Schmauß-Herxheimer.)

Es sei hier das Sektionsergebnis eines zwei Tage nach der Geburt an Pneumonie verstorbenen Knaben angeführt. (Nr. 539 d. Sektionsprotok. 26. II. 29.)

Die äußere Besichtigung ergibt: Das Kind ist 50 cm lang und 2770 gr schwer. Es zeigt Zeichen der Reife. An der Brust und den Vorderflächen der Arme und Beine finden sich blaurote Totenflecke. Die Stirnhaut ist übersät mit feinen Blutaustritten. Die Bindehäute sind dunkelblau injiziert. Sonst bestehen keine Besonderheiten.

Herz und Herzbeutel o. B.

Beide Lungen sind zurückgesunken. Sie sind von dunkelroter Farbe, nur die vorderen Ränder sind hellrot marmoriert und zeigen hirsekorn, bis erbsen-, bis kirschkerngroße, unter dem Brustfellüberzug sitzende Luftblasen. Das Brustfell ist überall glatt und spiegelnd. Beide Lungen schwimmen nach der Herausnahme mit ihren vorderen Abschnitten auf der Wasseroberfläche, während die hinteren Partien Neigung zeigen, unterzusinken. Ausgeschnittene Teile dieser Lungenabschnitte sinken im Wasser unter. Oberer Abschnitt der Luftröhre, Kehlkopf, Bronchien und feinere Luftwege sind leer. Die Unterlappen beider Lungen sind fast völlig luftleer, sehr blutreich und auf dem Schnitt von dunkelroter Farbe, es läßt sich aus den feineren Luftwegen nur wenig rötlicher Schleim ausdrücken. Im mikroskopischen Bild tritt eine sehr starke Hyperämie zu Tage, die Alveolen sind mit Erythrozyten angefüllt.

Bei der Geburt des Kindes waren ein Arzt und eine Hebamme zugegeben. Die Blase war vorzeitig gesprungen, die Nabelschnur zweimal um den Hals geschlungen. Nach der Geburt fiel eine stark blaue Verfärbung der Haut auf. Die Mutter gibt an, daß das Kind sehr oft geschrien habe. Das Kind wurde an der Brust der Mutter ernährt. In der zweiten Nacht schlief das Kind bei der Mutter und hat längere Zeit geschrien; gegen Morgen wurde es ruhig. Um 9 Uhr stellten Mutter und Hebamme den Tod fest. Der Arzt konnte eine Todesursache nicht feststellen und veranlaßte die Sektion.

Die Ursache der zum Tode führenden Pneumonie dürfte bei der erschwerten Geburt zu suchen sein. Es ist anzunehmen, daß das Kind nach dem vorzeitigen Blasensprung verfrühte Atembewegungen gemacht hat, die zu einer Aspiration von Fruchtwasser geführt haben.

Als Melaena bezeichnet man eine reichliche Blutausscheidung durch den Magendarmkanal. Die Erkrankung beginnt meist zwischen dem 2. und 5. Lebenstage. Das Blut kann sowohl erbrochen, als mit dem Stuhl abgeführt werden. Die Blutung bleibt in den meisten Fällen auf den Verdauungstrakt beschränkt, doch treten auch an anderen Stellen des Körpers Blutungen auf. Führt die Krankheit zu letalem Ausgang, so kann die Anaemie, welche sich nach den großen Blutungen rasch entwickelt, ganz exorbitante Grade annehmen. Die Schleimhäute scheinen völlig verblutet zu sein. Die pathologisch anatomischen Untersuchungen ergeben Erscheinungen von Hyperaemie und Stauung im Bereich des Verdauungskanals, oft auch punktförmige Blutaustritte, multiple, haemorrhagische Erosionen der Magenschleimhaut, sowie oberflächliche Nekrosen und Geschwüre. Bei negativem makroskopischen Befund lassen sich mikroskopische Epitheldefekte nachweisen. (Lövegren.)

Infektionen des Nabelstranges und der Nabelwunde können auf die Nabelgefäße übergreifen und hier auf zwei verschiedenen Wegen fortschreiten. Bei weitem am häufigsten breiten sie sich primär im perivaskulären Bindegewebe und den Lymphgefäßen der Adventitia aus, von wo aus erst sekundär die Gefäßwand und der Thrombus infiziert wird (Periarteritis und Periphlebitis). Viel seltener wird primär das Gefäßinnere ergriffen, da die Gelegenheit zum Eindringen der Erreger in das gleich nach der Geburt sich stark kontrahierende Lumen relativ ungünstig ist (Thromboarteritis und Thrombophlebitis).

Die Erkrankung der Arterien übertrifft an Häufigkeit die der Venen bei weitem, verläuft aber dafür viel gutartiger als die der Venen. Fast stets ist die Vene in ihrem ganzen Verlauf bis zur Leber von der Entzündung ergriffen, die auch auf die Glissonsche Kapsel und das Leberparenchym selbst übergreift. Sobald das Gefäßinnere infiziert ist, werden die Erreger in der Richtung des Blutstromes rasch in das Herz und den allgemeinen Kreislauf getragen. Pathologisch-anatomisch läßt sich die Entzündung leicht feststellen. Zur genauen Untersuchung gehört eine Züchtung der Erreger in Reinkulturen. (Finkelstein, Runge.)

Es ist bereits weiter oben betont worden, daß bei der fötal ausgebildeten Lues das Kind schon bei der Geburt Erscheinungen der Krankheit aufweist. Bei der Syphilis, die nicht zur Frühgeburt geführt hat, wird das Kind ohne erkennbare Zeichen der Erkrankung geboren. Je nachdem ob die Infektion bereits

in der letzten Zeit der Schwangerschaft oder erst intra partum erfolgt ist, werden dann die Symptome der manifesten Lues früher oder später auftreten. Oft sind diese aber so leicht, daß sie übersehen werden. Das bedeutsamste Zeichen ist die Coryza mit der charakteristischen schniefenden Atmung. Weiter sind die verschiedenartigsten Hauterkrankungen zu nennen. Zeichen einer visceralen Lues sind ein deutlicher Milz- und Lebertumor. Am Knochensystem kommt es ebenfalls zur Osteochondritis syphilitica.

Da nun aber all diese Erscheinungen nicht sofort nach der Geburt auftreten, wird es oft garnicht zur Erkennung der angeborenen Lues kommen. Die Lues, ob manifest oder nicht, ob behandelt oder nicht behandelt, führt häufig zu Marasmus und damit zum Tode. Die Widerstandsfähigkeit des Körpers ist in hohem Maße herabgemindert, als Todesursache wird dann meist eine eigentlich sekundäre Krankheit angenommen, ohne daß die ursächliche Affektion, die Lues, erwähnt wird.

Vielleicht weiß man überhaupt nicht, in welchem Maße die Lues congenita für Veränderungen im Organismus der Neugeborenen verantwortlich zu machen ist. Wenn man bedenkt, daß die Syphilis das verhältnismäßig feste Gewebe der Knochen zerstört, warum soll sie dann nicht auch, ohne daß es äußerlich erkennbar wird, die Gewebe anderer Organe schädigen. Es ist erwähnt worden, daß Gefäße aus Mangel an Widerstandsfähigkeit reißen, und die dadurch entstandene Blutung den Tod herbeiführt; ist es nicht möglich, daß diese Resistenzlosigkeit durch luetische Einwirkungen hervorgerufen wird? Kann nicht die Lues in den Luftwegen Veränderungen im Sinne der Bronchiektasien hervorrufen, durch die dann leicht pneumonische Herde in der Lunge entstehen können? Vielleicht ließe sich noch für manch anderes Krankheitsbild als erste Ursache die Lues feststellen.

Um auch hier unbedingte Klarheit zu schaffen, müßte bei jedem zur Sektion gelangenden Fall nicht nur nach den anatomischen Zeichen der Lues gefahndet werden, sondern auch mit den geeigneten Methoden nach Spirochaeten gesucht werden.

Kann nun der Gerichtsarzt alle diese natürlichen Todesursachen ausschließen und ergeben seine Untersuchungen, daß das Kind lebend zur Welt gekommen ist und selbstständig geatmet hat, also noch einige Zeit nach der Geburt gelebt hat, so wird er daran denken müssen, daß es sich um einen kriminellen Tod handeln kann. Es gilt also zunächst einmal, die stattgehabte Atmung sicherzustellen, und somit den Erweis zu bringen, daß das Kind erst einige Zeit nach der Geburt verstorben ist.

Unter den zahlreichen Lebensproben kommt der Lungenprobe und daneben der Magendarmprobe die größte Bedeutung zu.

Unter Lungenprobe versteht man nicht nur die Lungenschwimmprobe, sondern auch die genaue makroskopische und mikroskopische Untersuchung. Die Lungenschwimmprobe wurde zuerst im Jahre 1681 von Schreier in einem gerichtlichen Verfahren angewandt. Sie beruht auf der Ueberlegung, daß eine Lunge, die geatmet hat, lufthaltig sein muß und daher auf dem Wasser schwimmt, während dagegen Partien der Lunge, die nicht beatmet sind, untersinken. Es kann vorkommen, daß sich, bei nur oberflächlich stattgefundener Atmung, nur ein Teil des Lungengewebes entfaltet und mit Luft gefüllt hat. Man wird dann an ein und derselben Lunge Teile finden, bei denen die Schwimmprobe positiv und andere bei denen sie negativ ausfällt. Fällt die Schwimmprobe im ganzen negativ aus, so ist dies kein Beweis, daß das Kind nicht gelebt hat. Es gibt Fälle von Leben ohne Atmung. Das Neugeborene kann mit Apnoe oder Asphyxie zur Welt gekommen sein. Dies kann lange genug dauern, um der Mutter die Möglichkeit zu geben, das Leben des Kindes zu vernichten. (Haberda.)

Findet die Geburt des Kindes unter Luftabschluß statt, so macht das Kind wohl Atembewegungen, ohne daß Luft in die Lungen eindringen kann. Dies kann entweder erfolgen, wenn die Kehlkopföffnung durch Eihautstückchen, Mekonium oder Schleim verstopft ist, oder aber wenn das Kind gewaltsam am Luftholen verhindert wird. Zu dieser letzten Ursache von Atmung ohne Lufteintritt gehört die Geburt unter Wasser, über gefüllten Gefäßen, Ertränken im Blut und Fruchtwasser, Verschluß des Mundes und der Nase durch die Hand oder durch Kleider und Wäsche und schließlich die Erdrosselung.

Ist die Leiche des Kindes bereits einige Zeit in Fäulnis übergegangen, so können die Fäulnisgase die Luft verdrängen. Die Lungenschwimmprobe reicht also nicht aus um ein stattgefundenes Leben zu beweisen.

Findet man die Lunge schwimmfähig, so braucht das Kind nicht gelebt zu haben. Hat man einem tot zur Welt gekommenen Kind Luft eingeblasen, oder mit ihm Wiederbelebungsversuche angestellt, so kann ein Teil der Lunge schwimmfähig sein. Diese Möglichkeit braucht man aber wohl für die Beurteilung von Kindesmord nicht in Betracht zu ziehen.

Weiter kann durch Fäulnis ein Luftgehalt der Lunge vorgetäuscht werden. Hier gibt die mikroskopische Untersuchung eine einwandfreie Klärung. Ein lufthaltiger Lungenabschnitt wird stets gleichmäßig entfaltet sein, wohingegen die Fäulnisgase sich im Lungengewebe niemals gleichmäßig ausbreiten. Stets soll neben der Schwimmprobe, die Lunge genau betrachtet werden und auch mikroskopisch untersucht werden. Eine lufthaltige Lunge ist von hellroter Farbe, sie fühlt sich wie ein Luftkissen an. Die Oberfläche ist leicht höckrig, die Grenzen

der Lungenbläschen lassen sich mit der Lupe leicht feststellen. An der Schnittfläche entleert sich feinblasiger Schaum. Die fötale Lunge ist von derber Konsistenz, ihre Oberfläche ist glatt, ihre Farbe ist dunkelrot bis braun. Man kann die luftleere Lunge sehr gut mit einer Leber vergleichen. Durch die mikroskopische Untersuchung läßt sich selbst ein ganz geringer Luftgehalt der Lunge feststellen, ferner lassen sich mit ihrer Hilfe aspirierte Massen genau analysieren. (Haberda, Kratter.)

Nach den Sektionsvorschriften soll bei negativer oder zweifelhafter Lungenprobe stets die Magendarmprobe angestellt werden.

Der Magendarmkanal ist beim Neugeborenen luftleer, erst nach dem ersten Atemzug füllt er sich allmählich mit Luft. Nach den Untersuchungen von Ungar bestehen folgende Regeln: Mit den ersten extrauterinen Atembewegungen gelangt Luft in den Magen. Je stärker die Luftatmung wird, um so größer wird auch der Luftgehalt im Magendarmkanal. Die Magendarmprobe ist nicht nur eine weitere Bestätigung des stattgefundenen Lebens bei positiver Lungenprobe, bei negativer Lungenprobe ermöglicht eine positive Magendarmprobe den Nachweis erfolgter Atmung.

Eine vollkommene Beweiskraft kommt den Lebensproben nicht zu. Eine zuverlässige Kontrolle des Ergebnisses der Lebensproben liegt in dem Nachweis der Todesursache, durch welche die Lebensproben ergänzt, ja gelegentlich ersetzt werden.

Die zahlreichen natürlichen Todesursachen und deren Feststellung sind bereits ausführlich besprochen worden. Der gewaltsame Tod wird entweder durch Kindsmord, durch Unterlassung des nötigen Beistands, durch ärztliche Kunstfehler oder durch Fahrlässigkeit der Hebamme herbeigeführt.

Die Kindstötung ist ein selbstständiges Delikt. Ob die Tötung mit oder ohne Ueberlegung ausgeführt wurde, ist für den Tatbestand ohne Bedeutung und kommt nur für die Strafzumessung in Betracht. Das Gesetz macht bei der Verfolgung von Fällen von Kindsmord jedoch einen Unterschied, ob die Mutter des Kindes ehelich oder unehelich niederkommt. In § 217 des geltenden Strafrechts heißt es:

> Eine Mutter, welche ihr unehelich geborenes Kind in oder gleich nach der Geburt tötet, wird mit Zuchthaus nicht unter drei Jahren bestraft. Sind mildernde Umstände vorhanden, so tritt Gefängnisstrafe nicht unter 2 Jahren ein.

Subjekt ist die leibliche, unverheiratete oder verheiratete Mutter eines unehelichen Kindes, Objekt das uneheliche Kind. Unehelich ist ein Kind, dessen Eltern weder zur Zeit des Beischlafs noch zur Zeit der Geburt in formell gültiger Ehe miteinander verheiratet waren. Ein im Ehebruch erzeugtes Kind ist ein uneheliches, auch wenn der Ehemann garnicht in die

Lage kam oder nicht die Absicht hatte, die Ehelichkeit zu bestreiten. Bringt eine Mutter ihr ehelich geborenes Kind um, so würde dies Verbrechen nach den für gewöhnlichen Mord geltenden Paragraphen (§ 211) bestraft werden. (Ebermayer.)

Die Tötung, das heißt die tötende Handlung, abgesehen von der Frage, wann der Erfolg eingetreten ist, muß in oder gleich nach der Geburt vorgenommen worden sein. In der Geburt bedeutet, daß die Geburt ihren Anfang genommen haben muß, dies geschieht, wenn die schließlich zur Ausstoßung führenden Wehen begonnen haben; bis dahin ist nur Abtreibung möglich. (R. G. Nr. 62/201.) Das Gesetz nimmt wohl an, daß sich die Gebärende oder eben Entbundene in einem somatischen und psychischen Ausnahmezustand befindet und rechtfertigt damit die mildere Auffassung des Verbrechens. Da aber keine Definition dafür besteht, was unter der Bezeichnung in oder gleich nach der Geburt zu verstehen ist, wird dem ärztlichen Sachverständigen eine Beurteilung oft erschwert. Man wird wohl einer Frau so lange die Vergünstigungen des § 217 vom ärztlichen Standpunkt aus zubilligen können, als noch die besonderen psychischen Veränderungen bei der Frau vorgeherrscht haben. Diese können bereits wenige Minuten und Stunden nach der Geburt, aber auch erst Tage später, ihr Ende erreichen. Jedenfalls wird hierbei eine Entscheidung oft sehr schwer sein. (Puppe, Rapmund.)

Manchmal läßt sich auf Grund einer einfachen Ueberlegung die Entscheidung treffen, und zwar dann, wenn die Angeklagte behauptet, sich im Augenblick der Tat in einem nicht normalen Zustand befunden zu haben, trotzdem aber über Dinge, von denen sie glaubt, daß sie ihre Tat entschuldigen könnten, und die in die Zeit des angeblichen Ausnahmezustandes fallen, merkwürdig genaue Angaben macht. In solchen Fällen wird davon, daß die Tat im Sinne des Gesetzes in oder gleich nach der Geburt geschehen ist, keine Rede sein können.

Weiter verlangt das Gesetz, wenn der § 217 angewandt werden soll, daß das getötete Kind ein Neugeborenes war. Und so besteht für den Gerichtsarzt die Vorschrift, die Neugeborenheit des Kindes festzustellen.

Als Zeichen für den Zustand der Neugeborenheit stehen dem begutachtenden Arzt folgende Merkmale zur Verfügung: Der Zustand der Haut kann sehr wichtige Anhaltspunkte bieten. Viele Kinder kommen mit Vernix caseosa mehr oder weniger reichlich bedeckt und mit Blut befleckt zur Welt. Jedoch sind diese Erscheinungen keineswegs typisch. Es können Kinder auch ohne diese Verunreinigungen geboren werden.

Weit wichtiger ist die Beurteilung des Zustandes der Nabelschnur. Findet sich mit dem Kinde noch die ganze Nabelschnur samt der Plazenta in Verbindung, dann ist der neugeborene Zustand des Kindes schon durch diesen Befund außer

Zweifel gesetzt. Das Gleiche läßt sich sagen, wenn der am Nabel haftende Teil der Nabelschnur noch vollkommen frisch ist. Findet man diesen Rest durch Fäulnis zersetzt, oder vertrocknet, so kann dies sowohl während des Lebens, als auch an der Leiche zu Stande gekommen sein. Wichtiger ist die Untersuchung der Nabelschnur darauf, ob sich an ihr Eintrocknungserscheinungen in Form der sogenannten Demarkationslinie nachweisen lassen. Ist eine solche mit bloßem Auge deutlich zu erkennen, so wird man ein Leben von etwa 24 Stunden annehmen können. Wo der Nabelschnurrest bereits abgefallen und der Nabel vernarbt ist, ist das Urteil leicht zu geben, daß das Kind sicher kein Neugeborenes ist. Mikroskopisch kann man bereits eine Stunde nach der Geburt eine Auswanderung von Leukocyten in der Grenzzone zwischen Nabelstrang und Hautnabel, da wo später die Abstoßung stattfinden soll, feststellen. (Kratter.)

Im Magendarmkanal des Neugeborenen findet man natürlich keinerlei Nahrungsbestandteile. Im Magen läßt sich ein grau-rötlicher Schleim beobachten. Im Darm findet man Kindspech und zwar in der oberen Hälfte des Dünndarms graugelbliches, in den tieferen Darmabschnitten dunkelgrün gefärbtes.

Ist bei dem zu untersuchenden Kind noch eine deutliche Kopfgeschwulst vorhanden, so spricht dies für Neugeborenheit, da eine nicht durch Blutungen komplizierte Kopfgeschwulst bereits am ersten Lebenstage fast völlig verschwindet. (Straßmann.)

Zur Ermordung der Neugeborenen werden dieselben gewaltsamen Mittel angewandt, wie sie zur gewaltsamen Tötung Erwachsener gebraucht werden. An erster Stelle steht beim Kindsmord der Tod durch Erstickung, die Gewalteinwirkungen auf den Körper mit stumpfen oder scharfen Gegenständen sind schon weniger häufig, zu den ganz seltenen Fällen gehört der Tod durch Vergiftung und Verbrennung.

Die Erstickung des Neugeborenen kann durch Erwürgung, Erdrosselung, Erhängen und Ertränken herbeigeführt werden. Da die Mutter meist, um den Tod des Kindes ganz sicher herbeizuführen, eine viel größere Gewalt gebraucht als zur Erstickung des Kindes notwendig wäre, lassen sich die Spuren des Verbrechens an der Leiche leicht feststellen. Am Hals finden sich in Folge von Erwürgung, Erdrosselung, Erhängen deutliche Druck- beziehungsweise Strangulationsfurchen. Ist der Tod durch Verstopfen des Mundes und Nasenraums erfolgt, so können manchmal Verletzungen auf die Art des Todes hinweisen. Bringt die makroskopische Betrachtung keine Klärung, dann muß eine mikroskopische Untersuchung angestellt werden. Es lassen sich damit auch ganz geringe Blutungen und Formveränderungen, wie sie durch die oben genannten Gewalteinwirkungen hervorgerufen werden, erkennen. Bei ertränkten Kindern wird, wenn dies nicht bereits die äußere

Betrachtung ermöglicht, die genaue Untersuchung der Lunge die Todesursache beweisen. Durch die Atembewegungen des Neugeborenen dringt die Flüssigkeit, in die der Kopf gehalten wird statt der Luft in die Lunge ein. Erfolgen Schluckbewegungen, so wird sich auch der Magen füllen. Die Untersuchung von Lunge und Magen wird in diesen Fällen, neben der Feststellung: „Tod durch Ertränken“, auch erkennen lassen, worin das Kind ertränkt wurde. (Kratter, Puppe.)

Am häufigsten wird das Kind im Fruchtwasser und Blut ertränkt werden, dann kommen die Fälle, in denen das Kind in eine Abortgrube geworfen wird, am seltensten dürfte das Ertränken in Wasser vorkommen.

Bei ertränkten Kindern, besonders solchen, die in einem Abort ums Leben gekommen sind, täuschen die Mütter nicht selten eine Sturzgeburt vor. Hier kann eventuell der Befund der Nabelschnur oder das Verhältnis zwischen Kind und mütterlichem Becken eine Klärung zulassen.

Bei der Einwirkung durch eine stumpfe Gewalt wird ebenfalls häufig eine Sturzgeburt behauptet. Daß bei Sturzgeburten tödliche Verletzungen vorkommen, ist außer Zweifel gestellt. Jedoch ist es häufiger, daß hierbei gröbere Verletzungen fehlen. Wenn es zu Schädelbrüchen kommt, sind meist die Scheitelbeine betroffen. Eine stattgefundene Sturzgeburt läßt sich fast immer durch Befunde am Kind und durch die näheren Umstände erkennen. (Haberda.)

Während durch geburtstraumatische Verletzungen eigentlich nur einfache Knochenbrüche entstehen, sind die, durch gewaltsame Einwirkungen hervorgerufenen Veränderungen derart umfangreich, daß der hierbei erhobene Befund vor Verwechselung schützt. (Ruge.)

Um ihr Ziel, das Kind zu töten, wenden die Mütter die verschiedensten Methoden an. Der Schädel wird eingeschlagen oder zertrümmert, oft wird der Kopf gegen einen harten Widerstand, die Mauer oder den Fußboden, geschleudert. Da alle diese Einwirkungen mit größter Gewalt geschehen, werden die Verletzungen am Kopf meist recht große sein. Schon bei der äußeren Betrachtung werden hier Blutungen und Verletzungen der Haut auf die Art des Todes hinweisen. Die Befunde am knöchernen Schädel werden weitgehende Veränderungen aufweisen. Die durch die rohe Gewalt hervorgerufenen Knochenbrüche ziehen quer durch den Knochen. Ihre große Unregelmäßigkeit und große Ausdehnung lassen eine Verwechselung mit den einfachen, bei erschwerter Geburt entstehenden Knochenbrüchen wohl kaum zu. (Dittrich.)

Seltener als die Zertrümmerung des Schädels, wird Halsdurchschneidung, Verbrennung und Vergiftung angewandt. Die Spuren, die eine Durchschneidung des Halses hinterläßt, sind

so augenscheinlich, daß der Mord ohne Schwierigkeit erkennbar ist. Eine Verbrennung wird zu einer teilweisen, oder ganzen Verkohlung des Körpers führen, versengte Haare, sowie manchmal das Vorhandensein von Asche in den Luftwegen dienen hier zur weiteren Klärung. Oft kommt zu der Verbrennung auch noch eine Vergiftung mit Kohlenoxydgas hinzu. Wurden zur Vergiftung ätzende Stoffe benutzt, so werden sich typische Veränderungen in den Schleimhäuten des Mundes, des Schlundes, der Speiseröhre und des Magens finden. Wird der Tod durch andere Gifte herbeigeführt, dann kommen zur Feststellung die bei Fällen von vergifteten Erwachsenen gebräuchlichen Untersuchungsmethoden zur Anwendung.

Es ist bereits erwähnt worden, daß die Beurteilung des Zustandes „in oder gleich nach der Geburt" für das gerichtliche Verfahren von größter Wichtigkeit ist. In viel größerem Maße, als bei reinem Kindesmord, wird der Gerichtsarzt solche Bewußtseinstrübungen der Frau bei Fällen von fahrlässiger Tötung durch Unterlassung des nötigen Beistands zu begutachten haben. Unterläßt die Schwangere, die die Gefahren für das Leben des Kindes kennt, jede Vorbereitung und schneidet sie damit die Möglichkeit einer Hilfeleistung absichtlich ab, so kann der § 217 angewandt werden, wenn der Tod des Kindes durch Komplikationen erfolgt, die ohne das Verhalten der Mutter vermieden worden wären. (R. G. Nr. 62/199.)

Meist wird es sich um ein Ersticken des Kindes handeln. In den Wintermonaten kommt dann noch Erfrieren oder starke Erkältung mit nachfolgender Pneumonie in Frage. Die Kinder kommen entweder ohne jede Störungen zur Welt und ertrinken im Blut oder Fruchtwasser, das sich zwischen den Schenkeln der Mutter angesammelt hat, oder aber sie gehen an einer Asphyxie zu Grunde. In all diesen Fällen hätte eine rechtzeitige Hilfe das Leben des Kindes erhalten können. Wie weit hier Absicht und wirkliche Fahrlässigkeit in Frage kommen, wird wohl meist der Beurteilung der richterlichen Instanzen zu überlassen sein, doch sollte eine möglichst eingehende gerichtsärztliche Untersuchung, den letzteren ihre schwierige Aufgabe erleichtern helfen.

Kommt es erst einige Tage nach der Geburt des Kindes zum Absterben desselben und beruht dies auf einer unsachgemäßen Behandlung und Ernährungsstörung des Kindes, so kann in einer Anzahl solcher Fälle, auch der Hebamme die Schuld zuzuschreiben sein. Sie hat die Mutter genauestens über die nötige Pflege aufzuklären, tut sie dies nicht und wird durch diese Unterlassung der Tod des Kindes bedingt, so ist die Hebamme mit verantwortlich zu machen.

Weiter wird der Sachverständige, Fälle zu beurteilen haben, bei denen die Hebamme es versäumt hat, bei erschwerter Geburt rechtzeitig einen Arzt zu rufen, oder aber auf eigene

Faust Eingriffe vornimmt, zu denen sie in keinem Fall berechtigt ist. Ein solches Vergehen von seiten der Hebamme wird relativ häufig zur gerichtlichen Verfolgung kommen. Entweder ruft die Hebamme doch noch den Arzt, oder aber die Patientin und deren Angehörige dringen auf dessen Befragung. Der Arzt kann dann häufig nur den bereits erfolgten Tod des Kindes feststellen, oder er sieht derartige Schädigungen, die sich in keinem Falle mit dem Leben vereinbaren lassen.

Viel seltener, als die Fahrlässigkeit der Hebamme, gelangen die durch ärztliche Kunstfehler hervorgerufenen Todesfälle zur Kenntnis der Gerichte. Meist sind es dann Fälle, bei denen Mutter und Kind um's Leben gekommen sind. Wenn die Mutter am Leben bleibt, so wird nur in verschwindend wenigen Fällen die wahre Ursache des Absterbens des Kindes bekannt werden.

Auf jeden Fall muß der Sachverständige, um Kunstfehler und Vergehen der Hebamme beurteilen zu können, eine ausgedehnte geburtshilfliche Erfahrung besitzen. Es handelt sich ja hier nicht nur um eine bloße Feststellung der Todesursache, stets kommt noch eine genaue Untersuchung der Verhältnisse unter denen das Kind geboren wurde, sowie eine eingehende Beurteilung, ob der Tod des Kindes infolge Nachlässigkeit eingetreten ist, hinzu.

Bei der ärztlichen Fahrlässigkeit handelt es sich entweder um Fälle, in denen der Arzt aus materiellen Gründen eine geburtshilfliche Operation vornimmt, die an sich garnicht nötig gewesen wäre, oder er besitzt nicht die nötigen Fähigkeiten, um die entscheidenden Eingriffe bei erschwerter Geburt vorzunehmen. Es kann aber auch vorkommen, daß der Arzt durch ungünstige äußere Verhältnisse, in seinem Handeln beschränkt wird, und daß daraus das schlechte Ende der Geburt hervorgeht. Hier wird der Arzt in keinem Fall für den Tod des Kindes verantwortlicht gemacht werden können. Von fahrlässiger Tötung eines Kindes kann natürlich bei der Perforation keine Rede sein. Hier fehlt jede Rechtswidrigkeit. Um das Leben der Mutter zu retten, mußte das Kind geopfert werden. Kann in solch einem Fall der Arzt nachweisen, daß zur Rettung der Mutter die Geburt sofort beendet werden mußte, so war seine Maßnahme ein therapeutischer Eingriff und kein Verbrechen.

Vor allem sind es Fälle von schweren Geburten, die den Arzt zu irgendwelchen Kunstfehlern veranlassen. Er übernimmt die Geburt, ohne über die nötigen Fähigkeiten und Erfahrungen zu verfügen. Je schwerer die Geburt ist, umso eher kann ein unfähiger Arzt den Kopf verlieren, und die Gefahr, einen Kunstfehler zu begehen, liegt sehr nahe. Er wird ohne die erforderlichen Indikationen, und ohne daß die Voraussetzungen dazu erfüllt sind, einen Zangenversuch machen, und kann dabei der Frucht lebensgefährliche Verletzungen beibringen; oder aber

er veranlaßt bei einer, das Leben des Kindes bedrohenden, Gefahr nichts, um die Geburt zu beenden.

Der Arzt soll sich stets darauf prüfen, ob er die erforderlichen Kenntnisse und die nötige Geschicklichkeit im Einzelfalle besitzt. Mit Recht sagt Straßmann in seinem Lehrbuch für gerichtliche Medizin: „Wer aus Eitelkeit oder aus Scheu, seinem Nimbus etwas zu vergeben, allein an Dinge geht, denen er nicht gewachsen ist, und von denen er seine Hand lassen konnte, der handelt in der Tat leichtfertig und strafbar".

Von großer Wichtigkeit scheint auch die Berücksichtigung der äußeren Umstände in jedem einzelnen Fall. Mußte die Entbindung auf dem Lande, ohne daß Hilfe herbeigeholt werden, oder die Kreißende in eine Klinik überführt werden konnte, bei beengtem Raum und schlechter Beleuchtung ausgeführt werden, so wird ein etwaiger Fehler des Arztes oft entschuldbar sein. Hat die Entbindung hingegen in einem größeren Ort stattgefunden, wo es ein leichtes gewesen wäre, einen Fachkollegen hinzuzuziehen, oder die Ueberweisung der Kranken in eine Klinik zu veranlassen, und ist dies nicht erfolgt, so ist der Arzt voll verantwortlich zu machen. Dies ist auch der Standpunkt des Reichsgerichts nach dessen Beschluß eine Fahrlässigkeit dann für vorliegend erachtet wird, wenn der betreffende Arzt den Mangel eigener Fähigkeit und Kenntnisse nicht durch Zuziehung von Sachverständigen ergänzt hat. (Ebermeyer, Rapmund-Dietrich, Straßmann.)

Was das Strafgesetzbuch anbelangt, so kommt § 222 für diese Fälle in Frage:

Wer durch Fahrlässigkeit den Tod eines Menschen verursacht, wird mit Gefängnis bis zu 3 Jahren bestraft, wenn der Täter zu der Aufmerksamkeit, welche er aus den Augen setzte, vermöge seines Amtes, Berufes, Gewerbes besonders verpflichtet war, so kann die Strafe bis auf 5 Jahre erhöht werden.

Der Begriff der Fahrlässigkeit setzt eine pflichtwidrige Außerachtlassung der durch die konkreten Umstände des einzelnen Falles gebotenen Sorgfalt und Aufmerksamkeit voraus, bei deren Anwendung der eingetretene Erfolg sich hätte vermeiden lassen. (R. G. 19. 11. 1900.)

Zur Erläuterung des bisher Gesagten sollen nun noch einige Fälle von Kindsmord angeführt werden, die im gerichtsmedizinischen Institut zu Breslau zur Beobachtung gelangten.

1. Bei diesem Fall handelt es sich um ein Zwillingspaar, das zur selben Zeit ohne erkennbare Ursachen verstorben ist.

Der Tatbestand ist kurz folgender: Die beiden, einige Tage alten Kinder lagen zusammen in einem Bettchen. Als die Mutter, wie jeden Morgen, in die Milchküche gehen wollte, um für die Kinder Milch zu holen, steckte sie die beiden, wie auch

schon an den Vortagen, zur Beruhigung den Gummisauger einer leeren Flasche in den Mund und legte die Kinder auf den Rücken. Als sie nach einer halben Stunde zurückkam, fand sie die Kinder auf dem Bauch liegend, das Gesicht in die Kissen gebohrt, tot vor. Das Gericht schenkte den Aussagen der Mutter, veranlaßt durch die merkwürdige Tatsache, daß die Kinder zur selben Zeit verstorben waren, keinen Glauben und verlangte die amtliche Leichenöffnung. Das Ergebnis der Sektionen war bei beiden Kindern so ziemlich das gleiche.

Die Kinder befanden sich in mittlerem Ernährungszustand. Die Totenstarre war bereits eingetreten. In den abhängigen Partien fanden sich Totenflecke. Verletzungen wiesen die Kinder nicht auf.

In der Luftröhre und den feineren Luftröhrenästen fand sich Schaum. Die Bronchien waren mit Schleim angefüllt. Die Unterlappen der Lungen waren sehr blutreich. Die Herzen waren ohne Besonderheiten. Im Magen fand sich reichlich Gas und viel glasiger Schleim. Chemische Untersuchungen haben ergeben, daß extrahierbare Giftstoffe nicht vorhanden waren.

Für ein Verbrechen ließen sich also keinerlei Anhaltspunkte finden. Es ist anzunehmen, daß die Kinder sich von selbst in die Bauchlage gedreht haben. Mund und Nasenöffnung waren durch Kissen am Atemholen verhindert. Der Tod ist infolge Luftmangels eingetreten. (Nr. 976—977 d. Sekt.-Prot.)

2. Ein acht Tage altes weibliches Kind wird sterbend in einem Kinderspital aufgenommen. Ein zufällig anwesender Pathologe nahm dort eine Leichenöffnung vor, da Verdacht auf eine Verätzung bestand. Schließlich gelangt das Kind zur gerichtlichen Sektion. (Nr. 793 d. Sekt.-Prot.)

Bei der äußeren Untersuchung ergibt sich:

50 cm lange Leiche eines weiblichen Kindes in dürftigem Ernährungszustand. Vom Kinn bis zur Schambeinfuge ein vernähter Sektionsschnitt. Blaurote Totenflecke am Rücken, die Bauchdecken sind grünlich verfärbt. Die Gesichtsfarbe ist gelblich-grün. Die Lippen sind vertrocknet.

Innere Besichtigung: Herz und Lunge zeigen einen normalen Befund. Die Zunge ist grau-rot, am Grunde grau verfärbt. Am Kehldeckel beginnt eine grünlich-braune Verfärbung, die sich die ganze Speiseröhre hinabzieht. Die Schleimhaut ist trocken und läßt sich in Fetzen abheben. Die Luftröhre enthält etwas rötlichen Schleim, und ist von grau-roter Farbe.

Die Magenschleimhaut ist in der Gegend des Magengrundes grünlich verfärbt und trocken. Man sieht einige schwärzlich verfärbte Gefäße. Zum Teil fehlt die Schleimhaut; in den der Speiseröhre zugelegenen Teilen ist sie grau-rot und unversehrt. An den übrigen Organen der Bauchhöhle sind keine Besonderheiten zu finden.

Eine genaue Besichtigung der Zunge ergibt eine weiße

kleine Insel, an der die oberflächliche Schicht noch vorhanden ist, während sie am größten Teil der Zunge fehlt. Am Zungengrund hat die Schleimhaut ein trockenes und verschorftes Aussehen.

Die mikroskopische Untersuchung der verdächtig erscheinenden Organe ergibt folgenden Befund:

An der Zunge ist der Epithelbelag auf weite Strecken vollständig zerstört, vor allem auf der Höhe der Zungenwärzchen. Stellenweise findet sich ein dünner Schorfsaum von verklumptem und nekrotischen Epithel. Lediglich an geschützten Stellen ist das Epithel erhalten.

Bei der Lippe ist die Epithelschicht auf der Höhe über eine größere Strecke hin zerstört. Die tiefer liegenden Gefäße weisen Blutfülle auf.

Die Speiseröhre zeigt den typischsten Befund. Der Epithelbelag fehlt an zahlreichen Stellen vollkommen, oder er ist verschorft. In den darunter liegenden Schichten findet sich reaktive Entzündung. Die Gefäße aller Wandschichten weisen starke Blutfülle auf.

Auch an der Magenschleimhaut finden sich vielfach Defekte, Epithelverschorfung und entzündliche Herde. Die Magenblutgefäße sind reichlich mit Blut gefüllt.

Es fanden sich also hochgradige Veränderungen an Speiseröhre, Lippe und Magen, die auf eine Vergiftung mit einer Säure hinweisen.

Die polizeilichen Untersuchungen führten zu folgendem Ergebnis:

Die uneheliche Mutter gibt dem Kind am 5. Lebenstag eine kleine Menge Salzsäure mit Zucker vermischt. Nach einigen Tagen gab sie dem Kind eine größere Menge Säure. Darauf wurde das Kind schwer krank. Der zugezogene Arzt ordnete die Ueberführung in ein Säuglingsheim an, wo das Kind am nächsten Tage verstarb.

Die Mutter hatte geglaubt, daß ihr viel Aerger und Schande erspart bliebe, wenn das Kind stürbe. Sie hat geäußert, sie mache sich nichts daraus, wenn das Kind sterben würde. Sie wurde in einer Nervenklinik auf ihren Geisteszustand untersucht. Das dort abgegebene Gutachten nimmt an, daß sich die Angeklagte zur Zeit der Tat möglicherweise in einem Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit befunden habe. Darauf hin wurde das Verfahren niedergeschlagen, und die Mutter in einer Heilanstalt untergebracht.

3. Die zur Sektion gelangende Kindsleiche ist die eines neugeborenen, unbekannten Mädchens. Die Leiche wurde auf dem städtischen Müllabladeplatz gefunden. Um den Hals befand sich eine Schnur, mit der das Kind erdrosselt worden ist.

Die 50 cm lange Leiche wiegt 2860 gr. Totenstarre ist nicht vorhanden. Am Rücken findet sich reichlich Vernix

caseosa und einige hellrote Totenflecke. Die äußeren Zeichen der Reife sind vorhanden. Der behaarte Kopf zeigt keine Verletzungen. An den Haaren läßt sich etwas angetrocknetes Blut erkennen. Auf beiden Seiten der Stirn finden sich einige oberflächliche Hautvertrocknungen. Bei Einschnitt in diese Partien findet sich Blut im Gewebe und auf den Knochen. Die Nasenspitze ist in der Mitte fetzig an der Scheidewand eingerissen. Die Lippen sind vertrocknet. In der Lippenschleimhaut und zwar in der Unterlippe findet man zahlreiche feinste Blutaustritte. An der Zungenspitze ist etwas Blut zu erkennen.

An der rechten Halsseite findet sich eine 1,5 cm lange, schmale Kratzspur. Hinter dem Ohr sind eine Anzahl feinster Blutaustritte erkennbar. Um den Hals findet sich eine fest geschlungene Schnur in vierfacher Tour. Zugeschnürt ist der Faden durch eine Schlinge in der linken Halsgegend. Oberhalb der Umschnürung sieht man eine, um den ganzen Hals verlaufende, weißliche Vertiefung mit zwei roten Zwischenkämmen und eine Anzahl feinster Blutaustritte oberhalb der Schnürfurche.

Am Nabel findet sich eine 32 cm lange, sulzige, graue, vorn violett verfärbte Nabelschnur mit fetzigem Ende. Am Hautnabel ist ein schmaler, bräunlicher Hof zu sehen.

Bei der inneren Besichtigung findet man die Zunge graurot verfärbt. Am Zungengrund und den Mandeln lassen sich einige Blutaustritte erkennen. Die Speiseröhre ist leer. Unter der Kehlkopfschleimhaut finden sich gleichfalls einige Blutaustritte, ebenso in dem Muskelgewebe um den Kehlkopf. Der Kehlkopf ist nicht verletzt.

Sämtliche Teile der Lunge sind entfaltet und schwimmen. Von den Därmen schwimmen nur der Magen und 20 cm Dünndarm.

Brustkorb und Becken sind unverletzt. In den weichen Schädeldecken findet sich überall reichlich, locker geronnenes Blut. Die rechte Hinterhauptsgegend ist ödematös geschwollen. Unter der Knochenhaut beider Scheitelbeine findet sich beiderseits flüssiges Blut. Man erkennt einen Sprung, der das linke Scheitelbein durchsetzt. Auch im rechten Scheitelbein sieht man einen Sprung. Unter der Knochenhaut beider Stirnbeine findet sich flüssiges Blut. Im linken Stirnbein sieht man gleichfalls einen feinen, klaffenden Sprung. Der übrige Schädel scheint nicht verletzt zu sein.

Nach dem erhobenen Befund handelt es sich also um ein neugeborenes, reifes und lebensfähiges Kind. Es hat selbstständig geatmet und kurze Zeit nach der Geburt gelebt. Die Todesursache war eine gewaltsame Erstickung durch Erdrosselung mit einer um den Hals gelegten Schnur. Außerdem fanden sich Blutungen in den Schädeldecken, in der Schädelhöhle und Sprünge des Schädeldaches, die auf eine stumpfe Gewalteinwirkung gegen den Schädel hinweisen.

Die polizeilichen Nachforschungen haben einen Anhalt, der zur Ermittlung der Kindesmutter führen könnte, nicht ergeben. (Nr. 862 d. Sekt.-Prot.)

4. Bei diesem Fall handelt es sich um eine, hinter der Holzverschalung eines Abortes aufgefundene, bereits stark in Fäulnis übergegangene Leiche eines unbekannten weiblichen Kindes.

Die Zeichen der Reife sind vorhanden. Im rechten Oberschenkelknochen findet sich ein 5 cm großer Knochenkern.

Der Körper ist zum Teil mit Papier zum Teil mit angetrocknetem Blut bedeckt. Die Oberhaut löst sich in großen Fetzen ab. Am Rücken wimmelt es von Maden. Auch die Kopfhaut mit den Haaren löst sich zum großen Teil ab. Totenflecke sind nur sehr wenig vorhanden.

Am Hals findet ein einziger, quer verlaufender, 7 zu 3 cm betragender, klaffender Schnitt, der die ganzen Halsweichteile bis auf die Wirbelsäule durchtrennt. Im Halswirbel sieht man noch eine Vertiefung, die glattrandig ist. Auf der linken Seite scheinen die großen Halsgefäße nicht verletzt, während sie auf der rechten Seite durchschnitten sind. Luftröhre und Speiseröhre haben sich in ihren durchgeschnittenen Teilen nach oben und unten zurückgezogen.

Am Nabel findet sich ein schmutziger etwa 30 cm langer Nabelschnurrest. In der Bauchhöhle läßt sich viel Fäulnisgas feststellen. Magen und Därme sind stark gebläht. Die Lungen schwimmen auf dem Wasser. Man sieht unter dem Lungenüberzug größere und kleinere Luftblasen. Sonstige Einzelheiten sind an den faulen Organen nicht zu erkennen.

Das Kind war reif, neugeboren und lebensfähig. Trotz des hochgradigen Fäulniszustandes kann man nach dem Befund der Lungen annehmen, daß das Kind nach der Geburt geatmet und gelebt hat.

Die Todesursache dürfte in einer Verblutung in Folge des Halsschnittes zu erblicken sein, wobei die großen Halsgefäße der rechten Seite, sowie Luft- und Speiseröhre durchtrennt wurden.

Trotz eingehender Untersuchungen und polizeilicher Ermittlungen konnte die Kindesmörderin nicht gefunden werden. (Nr. 660 d. Sektionsprot.)

5. Von der städtischen Müllabfuhr wird die teilweise verkohlte Leiche eines weiblichen Kindes aufgefunden. Von dem Kinde fehlt der Kopf. Ein Arm ist losgetrennt. Die polizeilichen Ermittlungen führten zur Feststellung der Kindsmutter. Diese machte bei der Vernehmung folgende Aussage: Am Tage der Geburt hat sie den ganzen Tag gearbeitet. Am Nachmittag gegen vier Uhr setzten die ersten Wehen ein. Gegen Abend legte sie sich zu Bett. Nach einiger Zeit steht sie wieder auf, da sie Stuhlgang verspürt. Sie kommt nur bis zur Küchentür

und wird stehend durch die Geburt überrascht. Das Kind fiel mitsamt der Nachgeburt zur Erde. Jetzt wurde der Mutter angeblich schwarz vor den Augen, sie hielt sich am Türrahmen fest. Nach einer halben Stunde hat sie das Kind aufgerafft. Es soll bereits kalt gewesen sein. Die Haut war blaurot verfärbt, Bewegungen hat das Kind nicht mehr gemacht. Geschrien soll das Kind überhaupt nicht haben. Ueber Nacht legte die Mutter das Kind in einen leeren Eimer. Am nächsten Morgen hat sie es in den Ofen gesteckt, um es zu verbrennen. Das Feuer ging vorzeitig aus, sodaß die Leiche nicht völlig verbrannte. Darauf warf die Mutter das Kind in einen Mülleimer. Da der Kopf fehle, müsse er nach ihrer Ansicht restlos verbrannt sein.

Bei der Sektion wurde festgestellt, daß nur der unterste Teil der Brust sowie der Bauch mit Beinen erhalten war. Neben der Leiche lagen die Unterarme mit den Händen, am linken Arm fand sich auch noch ein Teil des Oberarms. Dem äußeren Ansehen nach war das Kind zum größten Teil verbrannt. Die Leichenteile waren mit schwärzlichen Massen bedeckt, die Haut war an verschiedenen Stellen aufgeplatzt. Am Bauchnabel fand sich ein 10 cm langer Nabelschnurrest. Im linken Oberschenkel war ein 5 mm Durchmesser aufweisender Knochenkern festzustellen. Von den inneren Organen waren noch die Leber, die Milz, das Herz, der Magen und der Darm vorhanden und durch ihre Form zu erkennen. Diese Weichteile waren durch die Hitze stark verändert, zum Teil aber noch leidlich erhalten. Im Mageninhalt fanden sich mikroskopisch hauptsächlich Fäulnisbakterien, einzelne Zellen von Käseschmiere, sowie vereinzelte schwärzliche Partikelchen u. Pflanzenbestandteile.

Außerdem fanden sich in der eröffneten und größtenteils zerstörten Brusthöhle zwei kleine, schwärzliche Gewebsstückchen, die im Wasser schwammen und anscheinend der linken Lunge angehörten. Die genaue mikroskopische Untersuchung dieser Teile ergab: Es handelt sich umLungengewebe. Die Lungenbläschen selbst waren an vielen Stellen leer und erweitert, so daß man aus diesem Verhalten den Schluß ziehen kann, daß dieselben mit Luft gefüllt gewesen sind. Für diese Annahme spricht außerdem die Tatsache, daß die fraglichen Lungenstückchen im Wasser geschwommen haben. Weiter konnte festgestellt werden, daß in vielen Lungenbläschen auch Käseschmierebestandteile enthalten waren. Ferner zeigte sich, daß in den feineren Bronchien und deren Verzweigungen an verschiedenen Stellen Spuren von Fett in Form freier Fetttröpfchen, sowie außerdem unregelmäßig geformte schwarze Staubkörner und daneben an einzelnen Stellen auch Pflanzenbestandteile sichtbar waren. Dieser Befund gestattet mit einer ziemlichen Wahrscheinlichkeit Zweifel an der von der Mutter behaupteten Tatsache, daß das Kind sofort nach der Geburt tot gewesen sei. Der Befund von

Fremdkörperbestandteilen in den feinsten Luftwegen deutet darauf hin, daß das Kind nach der Geburt aller Wahrscheinlichkeit nach noch Atembewegungen gemacht hat. Bei diesen Atembewegungen müssen die Pflanzenbestandteile und Staubpartikelchen in die feinsten Luftwege hineingeraten sein. Es ist nicht wahrscheinlich, daß diese feinen Fremdkörper beim Verbrennen der Leiche oder nachher durch den Staub des Mülleimers in die feinsten Luftwege hineingelangt sein sollen. Ferner deutet der Umstand, daß ein Teil der Lungenbläschen lufthaltig gewesen ist, mit Wahrscheinlichkeit auf eine stattgehabte Atmung nach der Geburt hin.

Die Angabe der Mutter, daß das Kind weder geschrien habe noch Bewegungen gemacht habe, kann jedoch zutreffen. Das Kind ist unter sehr ungünstigen Verhältnissen geboren worden. Die Mutter hatte weder Pflege noch Hilfe. Unter diesen Umständen kann das Kind scheintod zur Welt gekommen sein. Da die Mutter nach der Geburt sofort ohnmächtig geworden ist, konnte sie dem Kinde keine Hilfe zu teil werden lassen. Das Kind verblieb in dem scheintoten Zustand und ist bald nach der Geburt gestorben.

Aus Mangel an Beweisen wurde dann das Verfahren niedergeschlagen. (Nr. 943 der Sektionsprotokolle.)

Zum Schluß soll noch kurz auf die im neuen Strafgesetzentwurf vorgesehenen Aenderungen des § 217 kurz eingegangen werden.

Bisher genossen nur die unehelichen Mütter die Vergünstigung des § 217. Man stand wohl auf dem Standpunkt, daß die uneheliche Mutter unter der Angst vor Schande, dem sogenannten Ehrennotstand, und in Sorge um die Zukunft ihr Kind eher umbringen könnte als eine eheliche Mutter, für die diese Momente nicht in Frage kämen. Auch konnte man annehmen. daß eine uneheliche Mutter weitaus eher ohne jede Hilfe niederkommt, als die verheiratete, daß sie in weit größerem Maße unter den Schmerzen und dem Blutverlust zu leiden hat, und daß sich bei ihr viel häufiger ein psychischer und physischer Ausnahmezustand einstellt.

Wenn man aber bedenkt, daß es heute jeder unehelichen Schwangeren frei steht, sich bereits einige Zeit vor der Niederkunft in eine Frauenklinik zu begeben, und daß ihr die Sorge um das Kind in weitestem Maße abgenommen wird, hingegen aber die eheliche Mutter, die vielleicht schon einige Kinder hat, sich viel eher mit materiellen Sorgen abgeben muß, so mag die Aenderung des § 217 seine Berechtigung haben.

Natürlich wird man diese in Aussicht genommenen Entschließungen auf keinen Fall verallgemeinern können. In jedem einzelnen Fall wird eine genaue Untersuchung nötig sein, um zu entscheiden, ob Kindsmord oder gewöhnlicher Mord vorliegt.

LITERATURVERZEICHNIS.

1. Aschoff, Lehrbuch d. pathol. Anatomie, 1919
2. Bauereisen, Ueber Tentoriumrisse b. Neugeborenen, Zentralblatt für Gynäk. 35, 1911
3. Dittrich, Geburtsverletzungen b. Neugeb. u. deren forensische Bedeut. Vierteljahrsschrift f. ger. Med. 3. Folge, 9, 1895
4. Ebermayer, Arzt und Patient i. d. Rechtssprechung
5. Ebermayer-Lobe-Rosenberg, Reichsstrafgesetzbuch, 1929
6. Felgenträger, Gerichtsärztliche Bedeutung d. Schädelverletzungen b. Neugeb, 1905
7. Finkelstein, Lehrbuch der Säuglingskrankheiten, 1921
8. Garré-Küttner-Lexer, Handb. d. prakt. Chirurgie, 1922, Bd. 2
9. Haberda, Zur Lehre vom Kindsmord, Beitr. z. ger. Med. herausgeg. v. Kolisko 1, 1911
10. Heidler, Ueber d. Frühsterblichkeit d. Neugeb. Wiener klin. Wochenschrift 33, 1928
11. Heinrichsdorff, Ueber die Beziehungen zwischen Phimose u. Nierenkrankheiten. Mitteil. a. d. Crenzgeb. zwischen Med. u. Chirurgie 24, 1912
12. Henkel, Zur Neuorientierung d. Geburtshilfe, Deutsche Med. Wochenschr. 20, 1929
13. Hook, Untersuchungen über Todesurs. d. Neugeb., Beitr. z. path. Anat. 77, 1927
14. Ibrahim, Krankheiten d. Neugeb., Döderleins Handb. der Geburtshilfe, 1920, Bd. 3
15. Jores, Pathol. d. Harnorgane, Ergebn. d. allg. Path. u. path. Anat. 1907
16. Jaschke-Pankow, Lehrb. d. Geburtshilfe, 1923
17. Kratter, Lehrbuch d. ger. Medizin, 1922
18. Klimke, Die Todesursachen d. Neugeb., Klin. Wochenschrift 8, 1929
19. Küstner, Bedeutung d. Geburtsschäden, Mon. Schrift f. Kinderheilkde. Bd. 41
20. Lövegren, Erfahrungen u. Stud. über Melaena neonat. Jahrbuch für Kinderheilkunde, 1913
21. Langstein-Landé, Pathol. d. Neugeb. periode, Handbuch f. Kinderheilkunde, Pfaundler, 1912
22. Moncorps, Ueber congenit. Phimose, Münchner Med. Wochenschrift, 1923, 983
23. Nöggerath, Erkrankungen d. Harn- u. Geschlechtsapparates, Handb. d. Kinderheilkunde von Pfaundler u. Schloßmann
24. Peiser, Ueber Lungenatelektasen, Jahrb. f. Kinderheilkunde 67, 1908
25. Peukert, Thymustod d. Neugeb., Zentralblatt für Gynäk. 35, 1911
26. Puppe, Atlas und Grundriß d. ger. Med., 1908
27. Rapmund-Dietrich, Aerztl. Rechts- u. Gesetzeskunde
28. Raphaelson, Zur Frage d. Hydronephrose b. Phimose, Zeitschrift f. urol. Chir. 11, 1922
29. v. Reuß, Die Krankheiten d. Neugeb.
30. Rott, Die Frühsterblichkeit, Mon. Schrift f. Kinderheilkunde Bd. 41
31. Ruge, Ueber die Verletzungen d. Kindes, Zeitschrift f. Geburtshilfe und Gynäc., Bd. 1
32. Ruge, Die Krankheiten d. ersten Lebenstage, 1906
33. Schmauß-Herxheimer, Lehrb. d. path. Anatomie, 1919
34. Straßmann, Lehrbuch d. ger. Medizin, 1931
35. Straßmann, Medizin u. Strafrecht, 1911
36. Strafgesetzbuch
37. Thomas, Begriff u. Klinik d. Lebensschwäche, Mon. Schrift f. Kinderheilkunde Bd. 41
38. Yllpö, Pathol. d. Frühgeburt, Handb. d. Kinderheilkunde, Pfaundler u. Schloßmann
39. Yllpö, Path. anat. Stud. b. Frühgeb., Beitr. z. Physiol. Path. u. soz. Hyg. d. Kindesalters, 1919.

Lebenslauf.

Geboren wurde ich, Carl-Heinz Wandrey, evangelischer Konfession am 22. Juni 1908 zu Posen. Ich besuchte die Mittelschule und das Augusta-Viktoria Gymnasium zu Posen und seit 1919 die Wilhelms-Oberrealschule zu Liegnitz, an der ich Ostern 1926 die Reifeprüfung ablegte. Da ich mich zuerst dem technischen Studium zuwandte, arbeitete ich ein halbes Jahr in einer Maschinenfabrik und studierte dann zwei Semester an der Technischen Hochschule zu Breslau. Zu Beginn des Wintersemesters 1927 wechselte ich das Studium und studierte zunächst ein Semester Medizin in Breslau. Das Physikum bestand ich am Ende des Wintersemesters 1929 in Marburg. Ich studierte dann weiter in Wien, Breslau, Freiburg i. B. und bestand am 2. Juli 1932 in Breslau das Staatsexamen. Bis zum 15. August 1932 war ich Medizinalpraktikant am Knappschaftslazarett Waldenburg. Am 15. August trat ich als Sanitäts-Offiziers-Anwärter in die Deutsche Reichsmarine ein und wurde am 1. November 1932 zum Marineunterarzt befördert.